



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN BACTERIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
RUN	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
ESTABLECIMIENTO	UNIDAD	NACIONALIDAD	
DOMICILIO		TELÉFONO	

EXAMEN SOLICITADO PARA:

Pesquisa CPT Control de tratamiento N° mes: _____ Persistencia de síntomas

Sospecha clínica Sospecha de MNT

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

Caso nuevo Previamente tratado, recaída. Previamente tratado, pérdida de seguimiento. Sospecha de fracaso

SEÑALE EL TIPO DE MUESTRA

Esputo Líq. Pleural Orina 1° Muestra

Lavado bronco alveolar Tejido ganglionar Orina 2° Muestra

Aspirado bronquial Tejido óseo Orina 3° Muestra

Contenido gástrico Tejido pleural

Líq. Cefalorraquídeo

Otros líquidos o tejidos (especificar): _____

IDENTIFIQUE GRUPOS VULNERABLES

Mayor de 65 años Alcohol / Drogas Trabajador/a expuesto/a a sílice

Extranjero/a Pueblo indígena Otras poblaciones cerradas (especificar): _____

Contacto TB-Sensible Persona privada de libertad Otro grupo (especificar): _____

Contacto TB-Resistente Personal de salud

PVVIH Inmunosupresión

Diabetes Situación de calle

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE	
FECHA DE SOLICITUD	
FECHA DE TOMA DE MUESTRA	
RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA	